

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N°221

RAPPORTS DE LA GRIPPE ET DE LA TUBERCULOSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1920

PAR

ALMÉRAS (Cyprien-Rémy-Marie)

Né à Villefort (Lozère), le 12 août 1897

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

**Examineurs
de la Thèse**

GRANEL, Professeur, *Président*.

BOSC, Professeur.

LEENHARDT, Agrégé.

GAUSSEL, Agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1920

RAPPORTS DE LA GRIPPE
ET DE
LA TUBERCULOSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N°221

RAPPORTS DE LA GRIPPE ET DE LA TUBERCULOSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1920

PAR

ALMÉRAS (Cyprien-Rémy-Marie)

Né à Villefort (Lozère), le 12 août 1897

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ GRANEL, Professeur, *Président*.
BOSC, Professeur.
LEENHARDT, Agrégé.
GAUSSEL, Agrégé. }

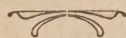
Assesseurs.

MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14. Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
FORGUE (O. *).	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUGAMP (*).
Anatomie.....	GHIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale.....	VILLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (♣).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (♣).
Microbiologie	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adjoint
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adjoint.
Clinique ann. des mal. syph. et cutanées.	VEDEL, prof. adjoint.
Clinique des mal. des voies urinaires.	JEANBRAU (O. * ♣), a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ♣, a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé (ch. de c.).
Clinique ann. des mal. des vieillards...	EUZIERE, agrégé (ch. de c.).
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé (ch. de c.).
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (* ♣) (D ^r) (ch. de c.).

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH (*), ch. d'agrég.
GAUSSEL (* ♣).	J. DELMAS (♣).	H. VALLOIS ♣, ch. d'ag.
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse :

MM. GRANEL, prof., prés.; BOSC, profes.; LEENHARDT, agrégé;
GAUSSEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de filiale reconnaissance.

A MA GRAND-MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

MORT POUR LA FRANCE

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

A MES AMIS

C. ALMÉRAS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A MON JURY DE THÈSE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAUSSEL
MÉDECIN-CHEF DU SANATORIUM « BON-ACCUEIL »

C. ALMÉRAS.

AVANT-PROPOS

Une coutume bien légitime veut que le jeune docteur en médecine consacre les premières pages du travail qui est l'épilogue de ses études, à l'expression des sentiments qu'il éprouve à l'égard de tous ceux qui lui sont chers, et particulièrement à l'égard des maîtres qui l'ont dirigé au cours de ses études médicales. C'est pour nous un devoir, et un devoir bien agréable, de nous conformer à cet usage.

Ce n'est pas sans regret que nous allons quitter l'Université de Montpellier, où de si forts liens nous tiennent attaché. La bienveillance de nos maîtres s'est montrée égale à la solidité de leur enseignement ; et l'application de celui-ci trouvera toujours en notre mémoire l'écho ému de celle-là.

La franche cordialité de nos camarades d'étude a créé, elle aussi, une attache que la séparation même sera impuissante à dénouer. Parmi eux, plusieurs ont prématurément disparu victimes de la grande tourmente ; et, quand notre imagination se tourne vers la tombe lointaine, nous sommes envahi par l'amertume, à la pensée de la séparation définitive. D'autres, plus favorisés du

sont, ont eu l'heur de revenir indemnes et de continuer avec nous leurs études longtemps interrompues ; à l'heure de la séparation, nos regrets, pour ceux-là du moins, sont atténués par l'espoir des rencontres futures.

Quant à nos Maîtres, leurs titres sont grands à notre souvenir. En toutes circonstances ils nous ont témoigné la plus grande bienveillance et la plus large sympathie.

Nous devons un hommage particulier à M. le professeur Granel qui nous a fait l'honneur de bien vouloir présider notre thèse ; à M. le professeur Gaussel qui a eu l'obligeance de nous en donner le sujet. A l'un et à l'autre nous exprimons ici nos plus sincères remerciements.

La concision d'un avant-propos ne nous permet pas d'y faire une place spéciale à chacun de nos Maîtres. Mais nous les prions tous d'agréer l'hommage de notre reconnaissance et nos vifs remerciements.

Nous n'oublierons pas que c'est grâce à leur enseignement que nous avons acquis les connaissances que nous allons être appelé à mettre en pratique. Nous n'oublierons pas que c'est entouré de leur sollicitude et de leur indulgence, que nous avons commencé et que nous terminons nos études médicales, dont nous leur dédions, comme gage de reconnaissance, le travail final.

RAPPORTS DE LA GRIPPE

ET DE

LA TUBERCULOSE

INTRODUCTION

La pandémie grippale, qui a fait tant de victimes à la fin de la guerre, n'a pas borné là ses effets. Grave en elle-même, elle ne l'a pas été moins dans ses suites bien souvent. Nombreux actuellement sont en effet les bacillaires qui font remonter le début de leur maladie à une grippe. Frappé par ce fait, nous avons cru utile d'essayer d'étudier les rapports qui unissent la grippe à la tuberculose ; de préciser quel a été le retentissement de l'une sur l'autre ; guidé et conseillé en cela par M. le professeur Gaussel, qui a bien voulu nous fournir les éléments de ce travail et que nous remercions encore une fois.

Nous étudierons donc d'abord l'influence de la grippe sur les tuberculoses en évolution, ensuite la grippe point de départ de la tuberculose.

CHAPITRE PREMIER

LA GRIPPE CHEZ LES TUBERCULEUX

Toute personne déjà malade, se trouvant de ce fait en état d'infériorité manifeste, semble toute désignée pour être en temps d'épidémie une des premières frappées. Et cependant, à l'opposé de ce à quoi l'on pouvait s'attendre, il ne semble pas que les bacillaires aient payé à la grippe un plus lourd tribut que les autres. Le pourcentage de ceux qui ont été atteints n'a pas été sensiblement plus élevé parmi eux que parmi les personnes bien portantes, militaires et population civile en général. Fait d'ailleurs déjà signalé à Lyon, en novembre 1918, par Boillon dans sa thèse. Des recherches auxquelles nous nous sommes livré au sanatorium Bon-Accueil, il résulte aussi que dans cette agglomération de gens pour la plupart déjà bien débilités, où il semblait à priori que la grippe dût faire sentir lourdement son passage, elle ne fut pas en réalité plus sérieuse qu'ailleurs, tant au point de vue du nombre des malades touchés, qu'au point de vue gravité.

Si nous examinons en effet l'évolution de la grippe chez les tuberculeux atteints, nous constatons que bien rarement elle a revêtu les formes graves, malheureusement si fréquentes ailleurs au cours de l'épidémie. Ça été, il est vrai, un fait d'observation courante que la maladie était en général d'autant plus aiguë, avec délire et autres phénomènes méningés, que les sujets atteints étaient plus vigoureux, plus dans la force de l'âge ; si bien que les deux extrêmes de la vie ont été le plus souvent épargnés, aussi bien les enfants que les vieillards. Analogue en cela à la pneumonie lobaire franche aiguë, il semble qu'il lui faille des sujets résistants pour montrer toute sa virulence et sa toxicité. Aussi ne nous étonnerons-nous pas que chez les tuberculeux la grippe ait en général revêtu des formes bénignes. Le plus souvent après quelques jours d'une fièvre moyenne chez les apyrétiques, d'une ascension thermique un peu plus marquée chez les fébriles, sans phénomènes généraux très accentués, tout rentre dans l'ordre. Et les bacillaires morts au cours d'une atteinte grippale sont relativement assez peu nombreux. Contrairement à ce qu'on enseignait jusqu'ici dans les traités classiques, que la grippe, peu grave chez l'adulte, ne faisait guère de victimes que parmi les vieillards et les sujets présentant antérieurement une affection chronique de l'appareil respiratoire.

Pour quelques cavitaires évidemment, arrivés à la dernière période, la grippe, diminuant encore leur champ d'hématose déjà bien restreint, augmentant le travail d'un cœur fatigué, est venu donner le coup de grâce, hâter d'un peu l'échéance fatale. Mais chez ceux qui présentaient des lésions moins étendues, dont l'organisme avait encore quelque résistance, on peut dire que

là grippe ne fut pas plus grave que chez les sujets antérieurement en bonne santé ; qu'elle revêtit à l'ordinaire des formes légères, sans complications pulmonaires sérieuses.

Nous avons alors essayé de nous rendre compte quelle avait été la marche de la maladie primitive consécutivement à la grippe ; si elle n'avait pas reçu de ce fait une impulsion nouvelle. Et nous avons pu dans certains cas constater qu'elle ne semblait pas avoir été défectueusement influencée par cette infection intercurrente. Une fois la courbe revenue à sa forme antérieure, une fois dissipés les phénomènes pulmonaires qui étaient venus se surajouter, la tuberculose a continué son cours sensiblement comme si la grippe n'était pas intervenue. Dans la même forme et avec la même allure qu'auparavant, sans que l'on vit apparaître ces poussées aiguës, ces phtisies galopantes à l'ordinaire consécutives à une infection surajoutée ou à une diminution de résistance de l'organisme sous l'effet d'une cause anémiant. Et un certain nombre de ces malades, anciens grippés, sont sortis du sanatorium très améliorés. Ainsi la malade de l'observation I, qui, présentant des symptômes de bacillose indubitable depuis plusieurs années, malgré sa grippe d'octobre 1918, à résolution un peu traînante il est vrai, n'en est pas moins sortie du sanatorium en mars 1919, apyrétique et très améliorée. Et de même de plusieurs autres qu'il serait fastidieux de citer, et dont la maladie, après une poussée grippale, a continué vers le mieux ou tout au moins sans avoir été trop fâcheusement impressionnée.

C'est ce que Grasset avait déjà fait remarquer à propos de l'épidémie 1889-90. En parlant des tuberculoses auxquelles la grippe avait donné un coup de fouet, il disait :

« Leur fréquence me semble avoir été exagérée et la maladie actuelle ne paraît pas avoir opéré une liquidation trop prononcée de notre clientèle de tuberculeux ; le bilan de leur mortalité n'a pas été excessif. »

Il faut bien cependant avouer que l'atteinte n'a pas toujours été aussi bénigne. Parfois les phénomènes qui étaient venus se surajouter ont été bien longs à disparaître et, une fois enfin résolus, l'organisme affaibli par la diète et la fièvre, en même temps que l'infection, n'avait plus la même résistance à opposer au bacille de Koch. Et un certain nombre de bacillaires ont vu de ce fait leurs lésions rapidement augmentées et leur santé irrémédiablement compromise.

Mais ce que nous avons tenu à faire remarquer, c'est que cette fâcheuse influence ne s'est pas fait constamment sentir. Que la pandémie grippale n'a pas, à l'ordinaire, revêtu des formes plus graves, ni fait plus de victimes chez les bacillaires que dans le reste de la population. Et c'est, croyons-nous, ce qui se dégage de cette première partie de notre exposé.

CHAPITRE II

LA GRIPPE TUBERCULISANTE

Si nous avons pu faire jusqu'ici des constatations en quelque sorte relativement optimistes, au sujet des rapports de la grippe avec la tuberculose, il n'en sera plus de même lorsque nous rechercherons quelle a été la destinée d'un certain nombre de grippés. Et c'est maintenant un an et demi ou deux ans après l'épidémie que nous pouvons nous rendre compte de toute sa malignité. Il suffit de suivre quelque temps les consultations et les cliniques de maladies pulmonaires, pour voir combien sont nombreux les malades qui font remonter le début de leur affection actuelle à une grippe contractée en septembre-octobre 1918 ou février-mars 1919. C'est ce fait constaté si souvent depuis lors qui a fait qualifier la grippe de « maladie éminemment tuberculisante ».

A la dépression absolue, au facies plombé, grippé, qui caractérisent la maladie au cours de sa période aiguë et qui traduisent la profonde intoxication de l'organisme, fait suite en effet une longue et lente convalescence. Le

malade est encore bien affaibli, nous n'en voulons pour preuve que l'hypothermie, la faiblesse et la lenteur du pouls, si fréquentes à ce moment-là. Anéanti, prostré, il présente parfois des bourdonnements d'oreille, de l'insomnie, voire même de la neurasthénie, qui vient aggraver ces symptômes et en prolonger la durée.

Etant au même titre, et plus que les autres maladies infectieuses, une affection anémiant, ses effets seront péniblement réparés. C'est un fait que Grasset dans ses leçons cliniques, à propos de l'épidémie de 1889-90, faisait ressortir : « Convalescence longue, très longue, pendant laquelle l'apathie et la débilité persistent avec une ténacité singulière. » Ce qui d'ailleurs avait été déjà noté par Caisergues, au sujet de l'épidémie de 1837. Et a été retrouvé à chaque nouvelle atteinte, constituant un des caractères principaux de cette maladie.

Nous trouvons donc là un terrain tout prêt pour l'invasion et la pullulation du bacille de Koch. Depuis longtemps on avait signalé la fréquence des tuberculoses consécutives à la grippe. Après chaque épidémie on avait remarqué cette augmentation du nombre des bacillaires, et Grasset, signalant ce fait, terminait en disant : « Je n'ai pas besoin d'insister sur la relation à établir entre cette invasion de bacilliose et l'épidémie de grippe. » Mais jamais encore, croyons-nous, on n'en avait vu une telle éclosion.

Sans doute parce qu'il ne s'était pas encore produit d'épidémie aussi grave, aussi généralisée et survenant chez une population déjà anémiée par cinq ans de soucis et de privations. Toutes les conditions étaient réunies pour qu'une infection puisse se développer, se propager rapidement et montrer toute sa virulence. Ce fut une maladie qui atteignait profondément l'organisme et

le mettait pour un long temps dans l'impossibilité de se défendre activement contre une nouvelle infection. Le lit de la tuberculose étant ainsi préparé, il n'est pas étonnant qu'elle se soit développée dans de si vastes proportions.

Pour qu'en effet la tuberculose puisse évoluer, il faut autre chose que des germes, qui d'ailleurs, surtout dans les villes, se trouvent partout, dans l'air, au milieu des poussières des appartements et des rues, dans les aliments.

Il faut encore un terrain favorable à la semence. Sergent en 1914, plus récemment Hayem en 1918, ont réagi contre l'importance excessive qu'on accordait à la contagion, sans tenir compte des causes prédisposantes. Bien qu'indispensable, le bacille de Koch ne suffit pas à lui seul : « on ne fait pas pousser du blé sur un roc ». Pour que la graine germe et se développe, il faut un milieu approprié où elle puisse résister. Et, dans l'ordre d'idées qui nous occupe, c'est la grippe qui, diminuant la résistance de l'organisme, a réalisé les conditions nécessaires. Nous pourrions citer de nombreux exemples prouvant que cette cause est indispensable ; que la pathogénie de la tuberculose nécessite une prédisposition particulière, plus grande que le simple état de réceptivité qui favorise l'évolution de la plupart des maladies infectieuses. Ainsi, lorsque dans une famille on consomme du lait provenant d'animaux tuberculeux, tous les membres ne deviennent pas bacillaires pour cela ; il n'y en aura que quelques-uns, les enfants par exemple, qui se seront moins bien défendus, ou même personne. Tandis que, si une agglomération se sert d'eau contaminée par le bacille d'Eberth, une épidémie de fièvre typhoïde ne tardera pas à se développer, sans

que les sujets résistants soient beaucoup plus épargnés que les débiles ou les enfants.

Nous voyons donc bien par là que la prédisposition est indispensable. Cette facilité plus grande à devenir la proie du bacille de Koch peut être d'ailleurs d'origine congénitale, pour les individus héréditairement chargés, qui apportent en naissant, avec leur constitution débile, un terrain favorable à l'éclosion de la tuberculose. Mais ce peut être aussi le résultat d'un fléchissement passager dans la résistance organique ; une prédisposition acquise, accidentelle, ainsi la convalescence d'une maladie infectieuse, et c'est ce qui s'est produit pour la grippe.

Si d'ailleurs l'on a pu noter parfois, et même souvent, que c'était des individus robustes, qui avaient joui d'une excellente santé jusqu'à la grippe, qui devenaient bacillaires, c'est que ce sont précisément ceux-là qui sont le plus tuberculisables, lorsqu'ils se trouvent dans une période de faiblesse, lorsque passagèrement ils sont en état de moindre résistance par suite d'une infection antérieure ou de mauvaises conditions hygiéniques.

A toutes ces raisons qui expliquent déjà suffisamment pourquoi la grippe a été si souvent point de départ d'une tuberculose, ou cause du réveil d'une lésion cicatrisée, on peut ajouter l'influence des complications pulmonaires. Ces phénomènes pathologiques ont eu beau disparaître, les exsudats se résorber, il en est resté toujours quelque chose : un peu de sclérose, d'irritation bronchique, de congestion, qui a favorisé la localisation et le développement de la bacillose ; qui a joué en quelque sorte le rôle de traumatisme tuberculisant.

S'il est vrai que quelques bacillaires ont subi les

mauvais effets de la grippe, ils n'ont pas été seuls. Si l'on a pu voir des malades qui jusque-là supportaient remarquablement bien leurs lésions et qui consécutivement ont présenté une généralisation bacillaire : ainsi Grasset dans ses cliniques cite l'observation d'un jeune soldat, bien portant jusque-là, qui fait une grippe et présente comme complication immédiate une tuberculose suraiguë, à laquelle il succombe trois semaines après le début de sa maladie ; l'autopsie montre une lésion d'un sommet guérie et tout un semis de granulations nouvelles ; ou d'autres à tuberculose guérie et chez qui elle s'est réveillée, ainsi la malade de l'observation II. Bien plus nombreux sont les cas où l'on ne peut rien relever dans les antécédents pulmonaires et où la tuberculose s'est tout de même déclarée. Après l'épidémie de 1889-90, on l'avait signalé chez les militaires. Actuellement ces cas-là ne se comptent plus.

C'est surtout chez ceux qui ont pu moins bien réparer les dégâts causés par la grippe, que la tuberculose a fait des victimes. C'est dans le milieu pauvre ou tout au moins parmi ceux qui, ayant besoin de reprendre leur travail et leurs occupations rapidement, ne se sont pas accordés une convalescence suffisamment prolongée, ou encore lorsqu'au cours de cette convalescence l'alimentation ne fut pas assez réparatrice, qu'elle fut trop grossière chez des personnes antérieurement dyspeptiques qui, fatiguées encore par la grippe, ont vu leur état gastro-intestinal empirer, un amaigrissement plus ou moins prononcé survenir, leurs forces diminuer et les symptômes pulmonaires apparaître ensuite. Ce sont aussi ceux à qui a manqué l'air vivifiant de la campagne, qui, anémiés par la maladie, ont continué à s'anémier dans un

bureau ou un magasin ou encore une habitation insalubre.

Chez tous ceux-là donc, qu'ils aient déjà des antécédents pulmonaires ou non, que ce soit des touseurs, des sujets contractant des bronchites tous les hivers, ou qu'ils n'aient présenté aucune affection antérieure, le bacille de Koch n'a pas eu grand'peine à vaincre leur faible résistance et ils sont devenus insensiblement des tuberculeux.

Mais souvent aussi la grippe a suffi à elle seule à faire éclore la bacillose. Il en est certains qui présentent actuellement tous les signes d'infiltration ou de ramollissement des sommets, chez qui on ne peut incriminer aucune des causes adjuvantes signalées. Ils n'avaient aucun antécédent personnel ni héréditaire, ils ont pris les précautions et les soins voulus, et leur organisme n'a pu cependant résister à la nouvelle infection. Et c'est ici que se montre toute la malignité de la grippe, tout son pouvoir tuberculisant.

La bacillose n'a d'ailleurs pas été toujours la suite, la conséquence d'une affection grave. Car arrivé à l'apexie le malade n'est pas guéri. Même dans les cas légers, à évolution rapidement favorable, sans complications pulmonaires, n'ayant nécessité que trois ou quatre jours d'alitement (Obs. III), avec fièvre très modérée (Obs. IV), une asthénie très marquée persiste, vraiment hors de proportion avec la bénignité de la maladie. Et elle entraîne une convalescence bien supérieure en durée à celle de la maladie elle-même. Ces atteintes légères, sans complications viscérales appréciables, ont été particulièrement fréquentes au début de l'épidémie: C'est particulièrement en juin et juillet 1918, que l'on a pu observer ces formes ambulatoires. Elles furent surtout habituelles chez les enfants. Mais la bénignité de la première infection

ne doit en rien faire préjuger de ses suites. Ainsi, dans les deux cas que nous prenons comme exemples, la tuberculose n'en est pas moins survenue dans la convalescence. Et c'est même par un processus destructif rapide qu'elle s'est caractérisée dans le second.

En général cependant, c'est à la suite d'une infection ayant présenté les complications ordinaires : broncho-pneumonie, congestion, bronchite, que le bacille de Koch a trouvé le terrain favorable à son développement. Dans certains cas la résolution avait été traînante, avec alternatives d'amélioration et d'aggravation, jamais définitive, et c'est immédiatement, semble-t-il, qu'est apparue la tuberculose, qui a d'ailleurs évolué activement. Ainsi les malades des observations V et VI.

Mais à l'ordinaire la grippe a suivi son évolution, la température est revenue à la normale, les exsudats bronchiques et alvéolaires se sont résorbés, le malade est entré en convalescence. Cette convalescence n'a cependant jamais été complète; il est resté anémié, asthénique, il a continué à tousser. Dans les cas où ces symptômes étaient le plus marqués, il a pris « des fortifiants, des dépuratifs » ou même n'a rien fait. Mais, dans la suite, ne pouvant reprendre son travail, se livrer à ses occupations ordinaires, il est allé en consultation, accusant de la faiblesse, de l'amaigrissement, de la pâleur, de la toux, de la fièvre même. Et, à l'auscultation, on trouve les signes d'une bacilliose au début ou en évolution. Tels les malades des observations VII, VIII, IX, X, XI, qui présentent actuellement tous les signes d'infiltration ou de ramollissement, avec bacilles dans les crachats pour certains.

Chez ceux-là, c'est au cours même de la convalescence que s'est installée la tuberculose, quoiqu'il n'y ait

en général aucun antécédent personnel ni héréditaire. C'est donc bien ici la grippe qui est le point de départ, c'est grâce à elle que la bacillose a pu se développer. Et si nous ne citons que quelques observations d'ailleurs résumées, c'est qu'il serait fastidieux et inutile de rééditer en quelque sorte la réponse si souvent entendue : « Depuis quand êtes-vous malade ? — Depuis que la grippe que j'ai eu, il y a... » Dans tous ces cas, il est manifeste pour le malade lui-même que c'est la grippe qui est la cause de son état actuel, que c'est elle qui presque sans transition a donné naissance à la tuberculose.

D'autres, après une convalescence plus ou moins longue, ont vu les symptômes pathologiques disparaître progressivement. Ils ont repris leur travail, pensant bien que tout était fini, qu'ils ne tarderaient pas à retrouver leur poids et leur force antérieure, mais contrairement à leur attente il n'en a rien été. Au bout d'un temps variable, ils ont vu la lassitude augmenter, leurs forces diminuer, la toux et la fièvre réapparaître, ils ont dû cesser leur travail. Après quelque temps de repos, certains même ont repris leurs occupations, mais c'a été pour les abandonner bientôt. Ceux-là encore n'avaient pu résister au bacille, ils étaient tuberculeux ; ainsi ceux des observations XII, XIII, XIV, XV, XVI.

Il en est encore qui, après une première grippe, s'étaient assez bien remis, avaient repris leur travail. Mais, au bout d'un certain temps, ils en ont refait une nouvelle et c'est consécutivement que s'est développée la bacillose. Le malade par exemple de l'observation XVII qui, après une atteinte en 1918, suivie de guérison complète, en a fait une autre en 1919, a continué

à tousser et à cracher depuis et présente actuellement tous les signes d'une infiltration du sommet droit.

Les cas sont rares où la tuberculose s'est déclarée aussitôt après la grippe, presque en même temps qu'elle, et a affecté dès le début une marche aiguë, avec fièvre élevée, hémoptysies, comme dans les observations V et VI, si bien que dans le premier cas le malade a été réformé pour tuberculose pulmonaire, neuf mois après le début de la grippe, sans être sorti de l'hôpital. Mais nombreux ont été ceux où elle s'est installée, progressivement, soit que le malade n'ait jamais été définitivement rétabli de sa première affection, soit qu'il ait cru sa maladie terminée, sa convalescence complète et ait pu reprendre son travail. Dans tous ces cas, le bacille de Koch, que le malade conservait au sein d'une ancienne lésion cicatrisée, ou qu'il a introduit en lui avec l'air qu'il respirait ou les aliments qu'il absorbait, a pu proliférer et pulluler, sans que l'organisme opposât une résistance sérieuse. Dans cette lutte perpétuelle que livrent les phagocytes et autres éléments de défense, les premiers, insuffisants, n'ont pu avoir raison de ceux-ci. Et c'est ainsi que se sont créés et qu'ont pu s'agrandir impunément les lésions bacillaires. C'est cette lutte qui, continuant quand même, a prolongé la convalescence ou fait réapparaître les symptômes d'épuisement. En attendant que s'y ajoute l'intoxication due à la prolifération microbienne. Cela à l'insu du malade, sans qu'il se doute de l'infection nouvelle ou tout au moins de sa gravité. Par suite, sans qu'il prenne toutes les précautions et les soins voulus. Voilà pourquoi la tuberculose a pu si fréquemment se déclarer et progresser, jusqu'à ce qu'enfin le rétablissement attendu ne se produisant pas,

l'état empirant, le malade est allé chez un médecin, auquel il s'est présenté le plus souvent avec des lésions à un stade d'évolution déjà avancé.

Tous ces faits basés sur de nombreuses observations prises au sanatorium Bon-Accueil sont suffisamment explicites et s'en dégagent avec une telle netteté, qu'on est bien obligé d'en déduire que c'est la grippe qui a été l'occasion d'un grand nombre de tuberculoses; que c'est elle qui a préparé le terrain où elle s'est si largement développée. Avant l'épidémie, dans les premières années de la guerre, par suite des fatigues et des privations, le nombre des soldats et des civils bacillaires allait en augmentant. Mais depuis lors, si les statistiques étaient faites, on verrait certainement sur la courbe une élévation notable correspondant aux années 1919 et 1920, due au grand nombre de ceux qui insidieusement, sans s'en douter, de grippés sont devenus bacillaires avérés.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic de la tuberculose d'origine grippale n'étant évidemment pas différent de celui de la tuberculose ordinaire, nous n'en parlerions pas si, avant de terminer ce travail, nous ne tenions à dire un mot des gripes pseudophymiques, à signaler cette cause d'erreur. Car s'il faut songer à la tuberculose dans les lésions du sommet ou lorsqu'un sujet après une affection pulmonaire continue à tousser, à maigrir, reste asthénique, il ne faut tout de même pas la voir partout. Il est des malades en effet qui, au cours de l'épidémie grippale, ont fait aux sommets des noyaux de broncho-pneumonie ou des poussées congestives, et devant les symptômes ainsi présentés on pouvait penser à une tuberculose à marche rapide ou à une poussée aiguë chez un bacillaire méconnu. Mais l'évolution ultérieure montrait rapidement l'erreur de diagnostic.

Plus nombreux sont ceux qui, consécutivement à la grippe, ont été pris pour des bacillaires en évolution sub-

aiguë. Ce sont des malades qui avaient fait ou non des complications grippales aux sommets et qui par la suite ont continué à tousser, sont restés anémiques, faibles, amaigris, avec hypotension sanguine, ont réalisé en somme le syndrome d'hyposphyxie post-infectieuse. A l'auscultation ils présentaient parfois des zones de submatité, avec exagération des vibrations et obscurité respiratoire. Une telle symptomatologie ressemblait assez à celle d'une bacillose au début, et, étant donné la fréquence de celle-ci après la grippe, il était tout naturel d'y songer. Aussi ce fut à l'ordinaire le diagnostic porté. Il s'agissait cependant, dans ces cas-là, uniquement de sclérose pulmonaire post-broncho-pneumonique ou de reliquats de bronchite, suffisants pour expliquer les symptômes pulmonaires. Quant aux autres, l'anémie, la cryesthésie, l'asthénie, l'hypotension, voire même la fièvre, ce n'était que de l'hyposphyxie accidentelle post-infectieuse, en général augmentée par une vie sédentaire et débilitante, en tout cas bien explicables après la grippe. Ce sont des malades qui sous l'influence d'un traitement reconstituant, de repos, de grand air, ont vu disparaître peu à peu ces phénomènes anémiques, tandis que s'amendaient aussi les symptômes pulmonaires. Ainsi se trouvait manifestement contredit le diagnostic de bacillose qui avait été le plus souvent porté. Et nous trouvons là un des nombreux cas où la réaction de déviation du complément appliquée à la tuberculose peut rendre un grand service.

Quant au pronostic, il n'est pas sensiblement différent de celui des autres bacilloses. Nous voyons en effet ici toutes les formes ordinaires. Cependant c'est rarement la marche rapide, à processus destructif intense, où l'exitus se produit au bout de peu de mois.

Exceptionnellement la granulie, la pneumonie caséuse, sauf peut-être chez l'adolescent. Mais plutôt ce que l'on rencontre, ce sont les types subaigus, qui évoluent depuis un an ou deux et n'en sont qu'à la période de ramollissement. Il semble même qu'on trouve ici plus souvent qu'ailleurs les formes fibreuses, où le processus de guérison lutte activement contre l'invasion. Mais l'on peut dire qu'en général ces tuberculoses comportent les mêmes chances d'amélioration et de guérison que les autres ; variables avec la forme, avec la résistance du malade et les soins donnés.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Si maintenant de ce travail nous voulons tirer des déductions pratiques, c'est à préconiser des mesures prophylactiques que nous aboutirons.

La grippe au point de vue qui nous intéresse étant avant tout dangereuse par ses effets anémians et hyposthéniques, c'est contre eux que nous devons diriger nos efforts. En plus du traitement anti-infectieux général, tel qu'injections de collargol, d'urotropine, abcès de fixation, ce sera une médication tonique que nous mettrons en jeu, alcool, quinquina, quinine par faibles doses ; combattre l'asthénie cardiaque et l'adynamie. Si la fièvre est modérée et que la maladie traîne, on pourra permettre une alimentation légère sous réserve d'une surveillance attentive. En tout cas veiller au bon état de l'appareil gastro-intestinal, afin que dès la convalescence il soit en mesure de permettre de réparer rapidement les pertes de l'organisme.

C'est en effet pendant la convalescence que le traite-

ment reconstituant sera indispensable. Elle ne doit pas être seulement un repos agréable, mais un complément de traitement nécessaire en prévision de l'avenir. Car c'est, ainsi que nous l'avons vu, le moment le plus propice à l'infection bacillaire. Aussi mettrons-nous en œuvre une alimentation substantielle autant que légère, une bonne hygiène, le fer, l'arsenic, la strychnine, l'hydrothérapie. Faire attention à ce que disparaissent complètement les phénomènes pulmonaires, traiter les reliquats.

Mais si malheureusement, faute de ces soins ou malgré eux, la tuberculose se déclare, il ne restera plus qu'à instituer le traitement de celle-ci, sans arriver toujours, hélas ! au résultat désiré. Et c'est ici qu'interviendra le sanatorium, avec un rôle curatif réel pour les malades susceptibles d'amélioration ou de guérison ; rôle de prophylaxie sociale pour ceux à évolution trop rapide ou dont l'hospitalisation aura été trop tardive.

OBSERVATIONS

Recueillies au sanatorium Bon-Accueil et aux consultations
des maladies pulmonaires

OBSERVATION I

M... Léonie, 38 ans. Une sœur morte de tuberculose pulmonaire.

Toussait depuis longtemps, asthénie, sueurs nocturnes, hémoptysie légère en 1917, douleurs thoraciques depuis juillet 1918; entrée à l'hôpital Suburbain le 19 novembre 1918, passée au sanatorium Bon-Accueil en janvier 1919, présentant de l'infiltration des deux sommets.

Sortie le 11 mars 1919, très améliorée, apyrétique et sans hémoptysies.

OBSERVATION II

F... Marie, 36 ans. Mal de Pott à 16 ans, bonne santé depuis lors, jusqu'en 1919. Pas d'antécédents héréditaires.

Grippe avec bronchite en 1919. Actuellement tousse, crache, douleur à droite, menstruation irrégulière.

A l'auscultation au sommet droit présente de la malité, des vibrations exagérées et des craquements : bacillose à la période de ramollissement.

OBSERVATION III

J... Léonie, 17 ans ; bonne santé antérieure.

Grippe en juin 1918, qui n'a duré que quatre jours. Mais a continué à tousser et a commencé à cracher quelque temps après. Hémoptysie en juin 1919. Bacilles dans les crachats.

OBSERVATION IV

V... Louis, 34 ans. Aucun antécédent, aucune maladie pendant la guerre.

Grippe en février 1919, pendant laquelle la température n'a pas dépassé 38°. Depuis, amaigrissement progressif (12 kilog.), actuellement fièvre (38°5 le soir), sueurs, point de côté.

Cavitaire du sommet droit. Nombreux bacilles.

OBSERVATION V

R... Adrien, 22 ans, cultivateur. Etant militaire service armé a contracté une grippe avec bronchite en septembre 1918. Est resté hospitalisé neuf mois, pendant lesquels il a présenté plusieurs hémoptysies. Réformé en avril 1919 pour tuberculose pulmonaire. Asthénie progressive depuis. Recherche des bacilles : positive.

OBSERVATION VI

G... Louis, 38 ans. Pas d'antécédents héréditaires ; a eu un abcès froid il y a plusieurs années.

Grippe en février 1920 ; pas d'hémoptysies, mais

amaigrissement depuis, pas de guérison complète. La fièvre a réapparu depuis fin mars 1920, toux, expectoration, pas d'hémoptysies. Nombreux bacilles.

OBSERVATION VII

A... Jeanne, 27 ans. Aucun antécédent.

Grippe en octobre 1918, fièvre pendant 25 jours. A continué à tousser et à cracher, asthénie, point de côté. Infiltration du sommet droit. Bacilles.

En mars 1920 se sent mieux, a repris du poids, pas de douleurs, toux moins fréquente, pas d'hémoptysie, pas de fièvre. Sort du sanatorium le 3 mai 1920.

OBSERVATION VIII

B... Julie, 40 ans. Rien à signaler antérieurement sauf de l'anémie.

Pendant l'été 1919 contracte la grippe : point de côté à gauche, toux, expectoration. Amaigrissement dans la suite ; asthénie très marquée et fièvre en janvier 1920 ; hémoptysie en février. Tous les signes d'infiltration du sommet gauche. Nombreux bacilles.

OBSERVATION IX

G... Augustine, 16 ans. Pas d'antécédents.

Grippe en juin 1919, a continué à tousser et à cracher, amaigrissement, dyspnée, fièvre légère. Ramollissement des deux sommets. Bacilles.

OBSERVATION X

C... Antoinette. Bonne santé antérieure.

Grippe en février 1919. Tousse depuis lors, crache,

pas d'hémoptysies, dyspnée considérable. Respiration rude aux deux sommets, un foyer de sous-crépitanls à droite.

OBSERVATION XI

A., Julia, 59 ans. Pas de maladies avant la grippe contractée en septembre 1919, compliquée de pleurésie. Hospitalisée à l'hôpital Suburbain. Depuis, gêne respiratoire ; ne peut travailler ; toussé et crache abondamment, fièvre vespérale. Au sommet droit : obscurité respiratoire, râles humides.

OBSERVATION XII

V., Maria, 32 ans. Pas d'antécédents.

Grippe en janvier 1919 qui a duré trois semaines. Reprend son travail, mais continue à tousser et présente des sueurs nocturnes. En juillet 1919, point de côté qui disparaît bientôt. Nouveau point de côté en janvier 1920, toux sèche et plus fréquente. Hémoptysie le 3 mars 1920. Bacilles.

OBSERVATION XIII

B., Gabrielle, 29 ans. Une sœur morte de tuberculose pulmonaire ; bonne santé antérieurement sauf une pleurésie en septembre 1917, guérison, pas de toux.

En mars 1919, grippe ; guérison. A recommencé à tousser trois semaines après et a continué depuis. Amaigrissement. Hémoptysie en mai 1919 et plusieurs depuis. Infiltration des deux sommets ; bacilles.

OBSERVATION XIV

B... Gabriëlle, 24 ans. Un frère mort de méningite, une sœur bacillaire ; quant à elle, bonne santé antérieure.

Grippe en février 1919, qui a duré un mois. La malade a pu reprendre ensuite son travail, mais a dû le laisser bientôt. Août 1919, deux hémolysies, fièvre (38°5). Ramollissement des deux sommets. Nombreux bacilles. Morte le 9 avril 1920.

OBSERVATION XV

C... Marie. Aucun antécédent personnel, ni héréditaire.

Grippe en septembre 1918. Tousse et crache, accuse surtout de la dyspnée, hémoptysies fréquentes en dehors des périodes menstruelles. Aux deux sommets : augmentation des vibrations, quelques râles sous-crépitaux.

OBSERVATION XVI

B.... Jean, 33 ans, mécanicien. Rien à signaler dans les antécédents.

En octobre 1918, a contracté la grippe et toussait un peu depuis. Frissons en octobre 1919 ; repos de quelques jours, puis a repris son travail, mais a été obligé de le laisser à cause de la dyspnée, de l'asthénie, du point de côté.

Actuellement : induration du sommet gauche.

OBSERVATION XVII

B..... Joseph, 49 ans. Bonne santé antérieurement à la grippe contractée en 1918, suivie de guérison complète.

Nouvelle grippe en octobre 1919; depuis tousses et crâches, anorexie, amaigrissement, pas d'hémoptysie.

A l'auscultation: infiltration du sommet droit.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre travail nous pouvons conclure que :

I. — Le pourcentage des grippés n'a pas été plus élevé parmi les bacillaires que parmi les gens bien portants.

II. — La grippe n'y a pas été plus grave.

III. — Mais par contre elle a été le point de départ d'un grand nombre de tuberculoses.

IV. — Qui ont débuté soit immédiatement après, soit au bout d'un temps plus ou moins long, mais en étant toujours la conséquence directe.

V. — En particulier chez ceux qui n'ont pris qu'une convalescence insuffisante au point de vue durée et soins.

VI. — Elles eurent d'ordinaire un début insidieux par simple prolongation et exagération des symptômes d'anémie et d'asthénie.

VII. — L'évolution dans la suite étant la même que pour la tuberculose en général.

VIII. — Mais il ne faut cependant pas prendre pour bacillose les gripes pseudophymiques et les syndromes d'hyposphyxie post-infectieuse avec reliquats pulmonaires.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 22 juillet 1920.

Le Recteur,

Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 22 juillet 1920.

Le Doyen,

MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- CAISERGUES. — Etude sur l'épidémie de grippe de 1837.
- GRASSET. — Leçons cliniques : grippe de l'hiver 1889-1890.
- SERGENT. — Rôle du terrain dans la tuberculose (Conférence de 1914).
- BOILLON (Louis). — La grippe dans le Doubs (Thèse de Lyon, novembre 1918).
- TRÉMOLLIÈRE et RAFFINESQUE. — Quelques remarques à propos de l'épidémie de grippe (Presse médicale du 24 février 1919).
- HAYEM. — Propositions devant l'Académie de médecine, au sujet de la déclaration de la tuberculose, 1919.
- MOUISSET. — De la contagion de la tuberculose (Presse médicale, novembre 1919).
- PELLIER. — De la réaction de fixation du complément dans la tuberculose (Thèse de Montpellier, juillet 1920).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
